**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE W ROKU 2019**

**POMOC CHARYTATYWNA I SOCJALNA**

1. **INFORMACJE O PODMIOCIE WNIOSKUJĄCYM:**
2. **Nazwa organizacji:**
3. **Adres** (ulica, miasto, kod, kraj):
4. **Numer telefonu, fax, telefon komórkowy:**
5. **E-mail:**
6. **Strona www:**
7. **Strona facebook:**
8. **INFORMACJE O PROJEKCIE:**
9. **Miejsce realizacji (miejscowość i kraj):**
10. **Termin realizacji (miesiąc, rok):**
11. **Liczba uczestników (beneficjentów pomocy):**
12. **Cel projektu:**

1. **Opis merytoryczny** (szczegółowe informacje dot. projektu)

1. **Partnerzy projektu**

1. **KOSZTORYS PROJEKTU:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztu** | **Koszt jednostkowy** | **Jednostka** (np. miesiąc, sztuka, komplet, osoba) | **Liczba** jednostek | **Koszt** całkowity | **Kwota wnioskowana w PLN** | **Inne źródła finansowania** |
| 1 | **Paczki żywnościowe, paczki świąteczne** (art. żywnościowe, środki higieny osobistej, środki czystości, koszty transportu) **i organizacja imprez charytatywnych** (obchody Wielkanocy, Mikołajków, Bożego Narodzenia i innych; koszty transportu, bilety, zwrot kosztów podróży) |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Koszty leczenia i badań** (w tym koszty podróży do klinik, przychodni, szpitali) |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Zakup i koszty leków oraz ich dostarczenia** |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Sprzęt do regularnych/indywidualnych badań medycznych** (ciśnieniomierze, strzykawki insulinowe itp.) **i przyrządy wspomagające funkcjonowanie osób starszych** (wózki inwalidzkie, kule, balkoniki, nakładki na wannę, aparaty słuchowe itp.), **dostarczenie przyrządów i sprzętu** |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **Zapomoga dla osób starszych** (jednorazowe wypłaty na nagłe i podstawowe wydatki, koszty ubrań, odzieży, tekstyliów, koszty podróży, bilety, bilety wstępu, art. spożywcze, dostawa zakupionych produktów i artykułów, koszty mediów, opłaty czynszowe, koszty ubezpieczeń, inne wydatki cykliczne) |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **Zapomoga dla osób samotnych, ciężko chorych i sierot** (comiesięczna wypłata zapomogi) |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **Zapomoga dla osób zasłużonych dla Polaków i polskości na Ukrainie** (pokrycie wydatków jednorazowych, honoraria nauczycieli, koszty podróży do miejsca pracy, koszty podróży do miejsca zamieszkania) |  |  |  |  |  |  |
| 8 | **Zapomoga dla sierot wojennych** (comiesięczna wypłata zapomogi) |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **Inne koszty – proszę wymienić jakie** |  |  |  |  |  |  |

1. **INFORMACJE NIEZBĘDNE DO PODPISANIA UMOWY:**
2. **Osoby upoważnione do podpisania umowy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Informacje dla księgowości** (prosimy uzupełnić drukowanymi literami):

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa banku w którym wnioskodawca posiada konto: |  |
| Adres banku: |  |
| Nr rachunku: |  |
| Kod SWIFT: |  |

Uwaga:

1. Prosimy o wypełnianie jednego wniosku na jeden projekt (każda organizacja może złożyć dowolną liczbę wniosków).
2. Jeśli brakuje miejsca na odpowiedź, proszę rozszerzyć wniosek komputerowo lub dołączyć następną kartkę z odpowiednim odnośnikiem do punktu, który Państwo opisujecie.
3. Organizacje wnioskujące po raz pierwszy zobowiązane są załączyć statut i świadectwo rejestracji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu przyznawania dotacji. Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych zamieszoną na stronie internetowej Fundacji [www.wid.org](http://www.wid.org) i akceptuję jej postanowienia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość, data czytelny podpis i pieczęć wnioskodawcy